Rok XXX. Kraków, 25 Kwietnia 1891. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza.

O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem

napisał
Dr. Stanisław Braun,
I-szy asystent téjże kliniki.

Dopóki utrzymywano, że każda przeszkoda porodowa pochodzi od zbyt gwałtownych ruchów płodowych, przypuścić wypada, że dopóty nie znano ścieśnienia miednicy; dopiero gdy Smellie zwrócił uwagę, że istnieją miednice prawidłowe i takie, przez które płód z trudnością przechodzi, zaczęto się zastanawiać nad rodzajami i przyczynami ścieśnienia miednicy. Dlatego słusznie przypuścić możemy, że pierwsza wiadomość o istnieniu osteomalacyi odnosi się do początku wieku XIX i pierwszy, który zwrócił na nią uwagę, był S t e i n starszy, który nietylko pierwszy wspomina o téj chorobie kości, lecz i pierwszy wykonał cięcie cesarskie z powodu osteomalacyi.

Pomimo jednak, że znamy od wieku osteomalacyję i w czasie tym wykonano nad tym przedmiotem rozliczne doświadczenia i poszukiwania, przyczyna powstawania rozmiękczenia kości jest jeszcze dotąd niewyjaśnioną. Wiemy tylko tyle, że jestto choroba ogólnego odżywienia, usadowiająca się w kościach, z przebiegiem przewlekłym, wyniszczająca powoli cały ustrój, podobnie jak charłactwo rakowe, cukrówka, złośliwa niedokrewność, chroniczne zapalenie nerek i t. p. i kończąca się śmiercią osoby przez przyłączającą się z czasem gruźlicę płuc. Zdarza się najczęściéj u kobiet w okresie dojrzałości płciowéj, wyjątkowo u dziewcząt, które jeszcze nie miesiączkowały i u kobiet starszych po 50 roku życia, które przestały miesiączkować. Zostaje w ścisłym związku z okresem płodzenia i dojrzałości płciowéj, gdyż rozwija się zwykle u kobiet, które przedtem kilka razy rodziły, powstaje najczęściéj podczas ciąży lub połogu, a pogarsza się zwykle podczas każdorazowéj ciąży. Co do karmienia, twierdzi Fehling, że takowe nie ma wpływu na powstanie choroby, gdyż widział bardzo często to cierpienie u kobiet, które albo bardzo krótki czas, lub wcale nie karmiły, a przeciwnie nie spostrzegał osteomalacyi u kobiet, które zwykły karmić zadługo, bo od 1—2 lat, jak to się dzieje u kobiet japońskich i mieszkanek południowéj Francyi.

Po za okresem zapłodnienia, dopóki kobieta jest jeszcze zdolną do zajścia w ciążę, pogarsza się choroba już rozwinięta podczas każdéj regularności, zatrzymuje się zaś w rozwoju i ustępuje, skoro regularność ustąpi na zawsze, czy to dobrowolnie, czy to po wycięciu macicy i jajników. Nagabuje nietylko osoby ubogie, odżywiające się niedostatecznie i nędznie, mieszkające w ciasnych, ciemnych i wilgotnych izbach, zajęte ciężką pracą i troską o jutro, lecz nie oszczędza także i osób zamożnych, pędzących spokojny i błogi żywot wśród najkorzystniejszych warunków życia. Zdawałoby się, jak gdyby pewne wpływy atmosferyczne i teluryczne działały sprzyjająco na rozwój choroby, bo występuje nagminnie w pewnych okolicach, jak nad brzegami Renu, w północnych Włoszech około Medyjolanu i w niektórych kantonach Szwajcaryi, w Flandryi i Kalabryi, podczas gdy w innych krajach, jak Anglii, owéj siedzibie spokrewnionéj objawami z osteomalacyją choroby angielskiéj, i północnéj Ameryce należy do zjawisk bardzo rzadkich.

Rozwija się zwykle nader powoli, ztąd rozpoznanie samego zawiązku choroby jest trudne, gdyż rozpoczyna się takiemi samemi objawami jak gościec mięśniowy, stawowy, gruźlica kości i t. p. Pierwszy zaś objaw, który zwraca naszą uwagę na możność rozwinięcia się tej choroby, jest ból w krzyżach i miednicy, uważany nieraz mylnie za ból gośćcowy. Bóle te występują szczególnie podczas ucisku na kości miednicy, stąd najczęściéj podczas podnoszenia

ciężarów, siadania na twarde krzesło i chodzenia. Po niejakim czasie przenoszą się bóle na klatkę piersiową, stąd głębokie wdechy są dosyć przykre, a w końcu zajmują kończyny, oszczędzają zaś jedynie głowę. Z tego powodu nie lubią chore dotknięte osteomalacyją wiele chodzić, wstrzymują się od pracy, bo wszelkie ruchy ciała są dla nich bardzo bolesne. Dopóki zajęte są kości miednicy, chore poruszają się powoli, mocno przechylone ku przodowi i zwykle wsparte o kij, drugą osobę lub jaki sprzęt domowy. Jeżeli dodamy do tego wyraz twarzy blady, znękany i policzki wychudłe, to nawet najmłodsze osoby robią na nas wrażenie wcześnie rozwiniętego i daleko posuniętego uwiądu starczego. Chód takich chorych, jak i ustawienie stóp są charakterystyczne, chore bowiem, aby się naprzód posunąć, zwykły zwalać cały ciężar ciała na jednę kończynę, na której się wspierają, podczas gdy drugą kończynę podnoszą lekko ku górze i ostrożnie posuwają naprzód, przenosząc teraz ciężar ciała na kończynę przednią i w ten sam sposób co wyżéj, posuwając kończynę drugą naprzód. Gdy chora taka idzie, to jak słusznie Schroeder zauważył, robi wrażenie, jak gdyby chciała się posuwać naprzód na jednéj nodze. Jeżeli stoi spokojnie, to stopy są zawsze blisko siebie ułożone, zwrócone palcami dużemi ku sobie. Chód powyższy nazywają niektórzy autorowie poziomym. Po niejakim czasie staje się i chód dla takich chorych uciążliwy i zmuszone są ciągle pozostawać w łóżku, wyczekując zbliżającéj się powoli śmierci. Leżenie w łóżku, chociażby najspokojniejsze, staje się z czasem bardzo uciążliwe i dotkliwe, skoro zajęte zostaną i kości klatki piersiowéj. Ciężarem ciała ugniecione kości jednéj strony, zmuszają chorą do ciągłego przewracania się na bok drugi i układania się w inne położenie. Wskutek tego i noce są dla takich chorych przykre, trapi ich bezsenność, która podkopuje już i tak bardzo wątłe siły organizmu.

U niektórych chorych dość wcześnie występuje uporczywy kaszel, duszność, jakoteż kolka brzuszna i biegunka, co według niektórych autorów ma pochodzić od drażnienia błony śluzowéj oskrzeli i przewodu pokarmowego przez nadmiernie wydzielające się sole wapienne na powierzchnię błon śluzowych.

Badania podobnych chorych przeprowadzone dotąd w rozlicznych kierunkach przez różnych autorów, głównie Fehlinga, nie doprowadziły do wyników dodatnich.

Osoby takie są zwykle małego wzrostu, blade, wychudłe, o skąpéj lub zanikłéj podściółce tłuszczowéj, pochylone lub w łóżku leżące skurczone, żalące się na ogólną obolałość ciała, wzmagającą się podczas ruchów lub ucisku na kości, przyczem możemy stwierdzić, że już najlżejszy ucisk jest bolesny, a kości są nader miękkie i tak podatne, że w przypadkach daleko posuniętéj choroby można je z łatwością i nieraz dość znacznie odchylać lub zaginać na wszystkie strony. Dlatego rozróżniają niektórzy autorowie dwie formy osteomalacyi:

1) rozmiękczenie kruche *(osteomalacia fracturosa)*, gdzie jeszcze pewna część kości twardéj pozostała, przezco kości dadzą się z łatwością złamać ale nie naginać; — 2) rozmiękczenie woskowe *(osteomalacia cerea)*, gdzie sprawa tak daleko postąpiła, że kości są jakby wosk miękkie i podatne. Możemy powiedzieć, że pierwsza forma jest początkowym, a druga późniejszym okresem choroby.

Rozmiękczenie kości występuje najpierw w miednicy i to najwcześniéj w przedniéj połowie takowéj, późniéj zajmuje tylną połowę miednicy, żebra, mostek, a w końcu kończyny. Ten postęp choroby można stwierdzić klinicznie, a zarazem wywiady wykazują, że bole pochodzące od rozmiękczenia występują najpierw w miednicy, późniéj dopiero przechodzą na tułów.

Z powodu podatności kości poszczególne ulegają różnemu nieprawidłowemu zniekształceniu, jak zagięciu, załamaniu i odwinięciu, co można najwyraźniéj widzieć na kościach miednicy.

Miednica rozmiękła jest, biorąc rzecz klinicznie, miednicą niepomiarową i ścieśnioną ogólnie, ale przeważnie w wymiarze poprzecznym, chociaż najwięcéj skrócony bywa wymiar krzyżowo biodrowy *(distantia sacrocotyloidea)* wynoszący w prawidłowych warunkach 8 cm., w przypadkach cierpienia daleko rozwiniętego, równający się zeru, to jest, że wzgórek kości krzyżowéj dotyka panewek biodrowych. Z powodu niejednostajnego i równoczesnego rozwinięcia się choroby w obu połowach bocznych miednicy jest zwykle jeden wymiar krzyżowobiodrowy więcéj skrócony od leżącego po stronie przeciwnéj.

Zmiany, jakie rozmiękczenie sprowadza w miednicy, dają się z łatwością wytłomaczyć, jeżeli uwzględnimy, że miednica rozmiękła składa się z kości miękkich i podatnych, a z drugiéj strony, że na taką miednicę działają siły, które w zwykłych warunkach wywierają tak olbrzymi wpływ na kształt miednicy.

Pierwszą, a zarazem najważniejszą taką siłą jest ciężar kręgosłupa, odpychający kość krzyżową ku dołowi, wskutek czego kość krzywa obraca się niejako około swéj osi poprzecznéj, łączącej punkta przyczepienia więzadeł krzyżowobiodrowych *(ligamenta ileosacralia)* i obniża się część górna t. j. wzgórek krzyżowy ku dołowi i naprzód zbliżając się tem samem do spojenia łonowego, podczas gdy dolna połowa odchyla się ku tyłowi. Podczas gdy obniżenie wzgórka jest możebne, to odchyleniu dolnego końca kości krzyżowéj przeszkadzają 2 pary silnych więzadeł łączących kość krzyżową z kością siedzeniową (*ligamento spinoso-sacralia et lig. tuberoso-sacra*). Wskutek tego koniec kości krzyżowéj i kość ogonowa są zwrócone ku przodowi, może nieco więcéj niż zwykle. Działanie tych dwóch sił działających na kość krzyżową uwidocznia się tem, że kość krzyżowa załamuje się w połowie swéj długości, t. j. w wysokości 2 i 3 kręgu krzyżowego, tworząc po stronie przedniéj bardzo mocną wklęsłość a po stronie tylnéj mocne wypuklenie ku tyłowi *(kyphosis)*. To wystąpienie kości krzyżowéj ku przodowi sprawia, że trzony kręgów krzyżowych, szczególnie w górnéj połowie, sterczą więcéj ku przodowi niż przylegające do nich skrzydła krzyżowe.

Kość krzyżowa zostaje ku górze w ścisłym związku zapomocą stawów z kręgosłupem lędźwiowym, a po bokach łopatki biodrowe łączą się z nią nietylko zapomocą spojenia krzyżowobiodrowego (*synchondrosis sacro iliaca*), lecz za pomocą więzadeł szerokich krzyżowobiodrowych (*lig. vaga posteriora*).

Wskutek obniżenia się i przechylenia ku przodowi wzgórka kości krzyżowéj, wygina się mocno naprzód kręgosłup lędźwiowy, tworząc mocne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Równocześnie zostaje pociągnięta ku przodowi i dołowi z kością krzyżową i łopatka biodrowa, wskutek czego oddalenie kolców górnych tylnych staje się mniejsze, a łopatka zostaje załamana, tworząc między połową prze-

dnią a tylną rowek biegnący zwykle od kolca biodrowego przedniego górnego do tylnego dolnego, czyli t. zw. rowek Kiliana (*sulcus Kiliani*). Na załamanéj łopatce biodrowéj będzie miał grzebień kształt owalny zamiast dużéj litery S.

Ciężar kręgosłupa uwidocznia się także na podstawie miednicy, na któréj cały ciężar spoczywa, t. j. na guzach siedzeniowych. Takowe jako podatne zostają na zewnątrz odwinięte i przyczyniają się do zniekształcenia łuku łonowego, co się dzieje i przez wsunięcie panewek ku zewnątrz i tyłowi i górze.

Z powodu oporu, jaki stawiają ciężarowi ciała kończyny dolne, co stanowi drugi ważny czynnik w ukształtowaniu miednicy, zostają panewki biodrowe mocno na wewnątrz wpuklone i to zwykle po jednéj stronie więcéj niż po przeciwnéj i więcéi ku przodowi wysunięte. Wskutek tego nie tylko zwracają się duże krętarze kończyn mocno ku przodowi, ale obie kończyny zostają więcéj zwrócone ku sobie palcami dużemi stóp na wewnątrz. Wpuklone panewki zbliżają się coraz więcéj ku kości krzyżowéj, dzieląc tem samem całą jamę miednicy na trzy przedziały, z których przedni leży między wsuniętemi panewkami a spojeniem łonowem, dwa zaś boczne nad przetokami krzyżowobiodrowemi. Kształt wchodu miednicy przyjmuje postać listka trójdzielnego ko niczyny.

Przez wpuklenie się panewek zostają zbliżone do siebie gałęzie poziome kości łonowych i części wstępujące kości siedzeniowych. Kości łonowe ulegają przed guzikiem biodrowo-łonowym załamaniu, a części wstępujące kości siedzeniowych zanadto zbliżone do siebie zwężają łuk łonowy, który przyjmuje postać szczeliny, niekiedy litery omega. Spojenie łonowe zostaje w postaci dziuba mocno ku przodowi wysunięte i mocno zaostrzone.

Działanie trzeciego czynnika, t. j. skurczu mięśni prążkowanych przyczepiających się i odchodzących od miednicy przyczynia się niemało do owego ogólnego zniekształcenia miednicy.

Pomiary miednicy rozmiękłéj wykazują skrócenia wymiarów poprzecznych, głównie oddalenia krętarzy dużych od siebie, inne wymiary są albo mało skrócone lub nawet prawidłowéj wielkości.

Na kręgosłupie obok *lordosis* w kręgach lędźwiowych i *kyphosis* w kości krzyżowéj, znajduje się w kręgach piersiowych wygięcie na bok, *scoliosis*, z wypukleniem najczęściéj na prawo.

Na klatce piersiowéj napotykamy podobne zmiany jak u dzieci, które cierpią na krzywicę. Mostek jest mocno wygięty ku przodowi, a po bokach klatki piersiowéj żłobkowate wyżłobienia od ucisku ramion.

Na kończynach rzadko spotykamy zniekształcenia, bo zanim choroba już tu się rozwinie, to zwykle dawno kończyn chora nie używa, leżąc obłożnie w łóżku. Łatwo sobie teraz wytłomaczyć, że w miarę rozwoju choroby skraca się coraz więcéj i długość ciała, głównie tułowia, który zdaje się coraz więcéj zbliżać do miednicy i wchodzić w takową. Jestto objaw tak charakterystyczny, że nawet otoczenie choréj zwraca naszą uwagę na ten tak ważny szczegół.

Biorąc rzecz ze stanowiska anatomiczno patologicznego, to toczą się w kościach rozmiękłych dwa procesy równocześnie zapalenia i zaniku kości. Na przekroju kości takie okazują się różowo zabarwione lub żółtawe.

W narządach wewnętrznych nie napotyka się zwykle żadnych charakterystycznych zmian, z wyjątkiem okolicy najbliższéj jajników, która jest często unaczynioną nie tylko przez naczynia żylne, ale i tętnicze mocno rozszerzone i rozgałęzione, jak to Fehling stwierdził w przeważnéj liczbie osteomalacyi podczas operacyi.

Jajniki same nie przedstawiają zawsze jednakowego stanu, gdyż w jednych razach są małe, zanikowe, w innych przypadkach prawidłowéj wielkości z naczyniami włosowatemi miąższu torbielkowato rozszerzonemi.

Badanie moczu, dokonane przez Fehlinga w dwóch przypadkach daleko posuniętéj choroby, wykazało odwrotnie jak dotąd utrzymywano, zmniejszoną ilość soli wapiennych i fosforanów tak, że przypuścić trzeba, że może tylko w początku choroby wydzielanie się tych soli jest większe, późniéj pomniejszone.

Badanie krwi wykazało znacznie zmniejszoną alkaliczność krwi tak, że podczas gdy do saturacyi 100 ccm krwi normalnéj potrzeba 270 do 366 mgrm. ługu sodowego, to w osteomalacyi rozwijającéj się potrzeba 256 3 mgrm.

Ponieważ Jaksch wykazał, że w każdéj chorobie przewlekłéj, wyniszczającéj organizm, zmniejsza się alkaliczność krwi, nie można dlatego tego objawu uważać za właściwy objaw osteomalacyi.

Nic zatem dziwnego, że w obec braku objawów dodatnich charakterystycznych, wyłącznie od osteomalacyi zależnych, powstały różne teoryje tłomaczące powstanie tej choroby.

Jedni autorowie przypuszczają, że choroba rozwija się ile razy podupada odżywienie, czy to przez niedostateczne żywienie się, złe pomieszkanie, częste obfite utraty krwi, jak się to dzieje podczas porodów, przez co ma się wytwarzać nadmierna ilość kwasu mlekowego w krwi i kościach, rozpuszczające sole wapienne, które z początku zostają z organizmu wydzielone, a późniéj z trudnością przyswajane. Popierają teoryję tem, że zawsze znajduje się w osteomalacyi mniejsza alkaliczność krwi niż w prawidłowych warunkach. Ponieważ podobny stan zmniejszonéj alkaliczności krwi powstaje i z innych przyczyn, teoryja ta jest za mało uzasadnioną.

Fehling wychodząc z tego spostrzeżenia, że choroba pojawia się w niektórych krajach nagminnie, przypuszczał, że może osteomalacyja jest chorobą grzybkową i badał z Haeglerem krew świeżo upuszczoną z osoby dotkniętéj osteomalacyją, lecz nie mogli znaleść żadnego swoistego grzybka.

Najwięcéj do prawdy zbliżoną i najlepiéj tłomaczącą nam powstanie choroby jest świeżo ogłoszona w *Archiv für Gynaekologie* B. XXXIX, Nr. 2 teoryja Fehlinga, którą wyprowadza na podstawie wyników leczenia osteomalacyi przez wycięcie jajników (*castratio*). (Dok. nast.)

II. Doświadczenia z limfą Kocha

w oddziale chirurgicznym szpitala św. Zofii we Lwowie

podał

Dr. H. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

8) Robert G., lat 4. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Serce, nerki, przewód pokarmowy zdrowe. W okolicy 4 i 7 kręgu piersiowego garb

ostro kończasty, powoli w kilkunastu miejscach się zwiększający. Bolesność przy ucisku nieznaczna. Chód utrudniony, bolesny, w stanikn twardym swobodniejszy. Stan bezgorączkowy.

24/1 1891. Wstrzyknięto 0.5 miligrama. Żadnéj miejscowéj ani ogólnéj reakcyi.

25/1. Po 1·5 miligrama ciepłota najwyższa 37·7, miejscowo zmiany żadnéj.

28/1. Po 3 miligramach ciepłota najwyższa 37.

30/1. Wstrzyknięto 4 miligramy, ciepłota 39·4, garb mocno bolesny.

2/2. Po 6 miligramach ciepłota najwyższa 38·6. Ból w plecach trwający kilka godzin.

6/2. Po 6 miligramach ciepłota najwyższa 37·4. Miejscowo żadnéj reakcyi. Matka zabrała dziecko w tym stanie, jak je przyniosła.

9) St. T., lat 3. Stan odżywienia dobry. Płuca zupełnie zdrowe. Staw biodrowy prawy unieruchomiony, poruszalny tylko razem z miednicą. Kończyna w patognomicznem położeniu zgięta do 140°. Fałd pośladkowy wygładzony, ucisk na staw bolesny.

12/1 1891. Wstrzyknięto 0·5 miligrama limfy. Reakcyi żadnéj ani miejscowéj ani ogólnéj.

14/1. Po 1 miligramie ciepłota najwyższa 37·9, miejscowo zmiany żadnéj.

16/1. Po 2 miligramach ciepłota 37·4. Stan miejscowy taki sam.

18/1. Po 5 miligramach ciepłota 37·3. W stawie chorym żadnéj zmiany ani na lepsze ani na gorsze. Matka zabrała dziecko do domu.

10) Anna G., lat 6, dziewczyna licho odżywiona, w płucach nie można wykazać zmian żadnych. Mocz, serce, przewód pokarmowy prawidłowe. Stan bezgorączkowy.

Lewy staw biodrowy mocno obrzmiały, kończyna zgięta pod kątem 130°, z miednicą poruszalna, ucisk na staw nie bardzo bolesny.

26/1 1891. Wstrzyknięto 1·2 miligrama, reakcyja 38, drugiego dnia wieczorem 38·7, trzeciego 38·5, czwartego 38.

30/1. Wstrzyknięto 3 miligramy, ciepłota 40°, miejscowo zmiany żadnéj. Na drugi dzień 39°, potem bez gorączki.

2/2. Po 5 miligramach gorączka 40·1° znaczne osłabienie, nudności, łamanie po kościach, staw mocno bolesny.

Na drugi dzień 38·2, bolesność stawu znaczna, obfite poty, kaszel. Matka zabrała dziecko do domu, nie chcąc się zgodzić na dalsze injekcyje.

11) Grzegorz K., lat 11, dość dobrze odżywiony, cera blada, w prawym szczycie wypuk trochę krótszy, rzężeń nie ma. Staw biodrowy lewy obrzmiały nieznacznie, kończyna ustawiona pod kątem 150°, ucisk na staw bolesny, w pachwinie gruczoł limfatyczny wielkości bobu, bolesny.

26/1. Wstrzyknięto 1·2 miligrama, gorączka do 39·5, staw więcéj bolesny. Na drugi dzień gorączka 38·6, bolesność stawu ustąpiła.

30/1. Po 3 miligramach, gorączka 39. Stan bolesny mocniéj. Na drugi dzień 38.

1/2. Po 5 miligramach, gorączka 40·2, nudności, osłabienie, bardzo silny ból w stawie.

6/2. Wstrzyknięto 6 miligramów, gorączka 40, silny ból głowy, nudności, gruczoł w pachwinie powiększony i bolesny, staw boleśniejszy i więcéj obrzmiały. Stłumienie w prawym szczycie się powiększyło, nadto stłumienie nowe w prawym dolnym płacie. Zaprzestano dalszych injekcyj.

12) Edward K., lat 12. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych nie ma. Na udzie prawem w okolicy krętarza większego dwa owrzodzenia wielkości centa o brzegach ostrych, zagłębionych, wydzielina skąpa, prątków w niéj nie znaleziono.

26/1 1891. Wstrzyknięto 1·2 miligrama limfy, ciepłota 37·5, na drugi dzień 38·6, miejscowo reakcyi nie ma żadnéj. Następne dni bez gorączki.

30/1. Po 3 miligramach ciepłota 37·8, na drugi dzień 38·3 bez reakcyi miejscowéj, następnego dnia bez gorączki.

2/2. Po 5 miligramach ciepłota najwyższa 37·3. Następne 3 dni bez gorączki.

6/2. Po 9 miligramach ciepłota 38·2 przez 2 godziny, miejscowo zmiany żadnéj. Zaprzestano wstrzykiwać, a po kilkakrotnem lapisowaniu wrzody się zagoiły.

13) Abraham D., lat 3. Stan odżywienia lichy. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Koło łokcia prawego kilka owrzodzeń gruźliczych wielkości centa i czworaka; pod kolanem prawem dwa podobne owrzodzenia.

30/1 1891. Wstrzyknięto 1 miligram, ciepłota 39·1, koło owrzodzenia silne obrzmienie i zaczerwienienie. Przez następne dwa dni ciepłota wieczorem 38.

2/2. Po 3 miligramach ciepłota 40·2, koło owrzodzeń silne zaczerwienienie, wydzielina bardzo obfita, ropna.

6/2. Wstrzyknięto 3 miligramy, ciepłota 39, osłabienie, ból głowy, nudności, wysypka pęcherzykowa na wargach.

Z powodu ogólnego nędznego stanu zaprzestano wstrzykiwań, a pod wpływem zwyczajnego leczenia (wyskrobanie i maść lapisowa) owrzodzenia goją się dobrze.

14) Anna R., lat 8. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Serce, nerki, przewód pokarmowy zdrowe. Koło łokcia lewego rozległe owrzodzenia gruźlicze o brzegach podminowanych, sięgające do połowy ramienia pozostałe po zropiałych gruczołach limfatycznych. Koło łokcia prawego gruczoły limfatyczne powiększone do wielkości orzecha włoskiego.

1/2 1891. Wstrzyknięto 2 miligramy płynu. Żadnéj ani miejscowéj ani ogólnéj reakcyi.

3/2. Wstrzyknięto 5 miligramów. Ciepłota najwyższa 38°, miejscowo żadnéj reakcyi.

6/2. Po 6 miligramach dreszcze, w 3 godziny potem gorączka 40°, osłabienie znaczne, nudności, łamanie po kościach. Owrzodzenie mocno zaczerwienione, miejscami szarą wypociną pokryte, okolica mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Gruczoł koło łokcia prawego powiększony i bolesny.

10/2. Po 6 miligramach gorączka doszła do 40°, miejscowo mała reakcyja w postaci obrzmienia i zaczerwienienie w otoczeniu owrzodzeń.

Z powodu znacznego osłabienia ogólnego zaprzestano wstrzykiwań.

Śród lapisowania owrzodzeń i przykładania maści lapisowéj owrzodzenia do 15 marca prawie się zgoiły.

15) Jan H., lat 5. Stan odżywienia nędzny, skóra blada, na powiekach *blepharadenitis*. Z ucha prawego sączy się obficie cuchnąca ropa. Gruczoły limfatyczne po stronie prawéj obrzmiałe, twarde, wielkości fasoli; po stronie lewéj owrzodzenie wielkości czworaka pozostałe po przecięciu zropiałego gruczołu limfatycznego. Płuca zdrowe. Serce, nerki, przewód pokarmowy prawidłowe.

12/1 1891. Wstrzyknięto 0·5 miligrama, ciepłota 38·5, następnego dnia 38·2. Miejscowo prawie żadnéj reakcyi.

14/1. Wstrzyknięto 1 miligram. Ciepłota 38·5, gruczoły na szyi nieco większe i boleśniejsze.

16/1. Wstrzyknięto 1·5 miligrama. Ciepłota 38·5, innych zmian żadnych.

19/1. Wstrzyknięto 2·5 miligrama. Ciepłota 39·3. Gruczoł jeden po stronie lewéj rozmiękły, chełboczący. Gruczoły po stronie prawéj powiększone, na oczach i w uchu zmiany żadnéj.

23/1. Wstrzyknięto 3 miligramy. Ciepłota 39·9. Rozcięto zropiały gruczoł, wypełniony jak zwykle serowatą ropą.

27/1. Po 5 miligramach ciepłota 39°. Innych przypadów żadnych.

31/1. Po 6 miligramach ciepłota 39·1. Gruczoły po stronie prawéj więcéj obrzmiałe, bolesne. Wypływ z ucha taki sam jak poprzednio. Owrzodzenie na szyi nie goi się, pokryte szarą wypociną, nie widać na niem żadnéj reakcyi po wstrzykiwaniach.

2/2. Po 6 miligramach 39·9, osłabienie znaczne, dziecko blade, wygląda znacznie gorzéj niż poprzednio.

6/2. Po 6 miligramach 39·2, osłabienie znaczne, kaszel, w lewym szczycie przytłumienie odgłosu wypukowego.

Zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

16) Ludwik B, lat 12, chory od lat 8. Stan odżywienia dobry, płuca zupełnie zdrowe. Na środku czoła blizna biała, dolna część czoła, łuki brwiowe, nos, oba policzki, dolna połowa ucha lewego, okolica podszczękowa i górna połowa szyi zajęte wilkiem.

6/12 1890. Wstrzyknięto 3 miligramy, dopiero na drugi dzień gorączka 39°. Twarz cała w miejscach chorobowo zmienionych bardzo silnie zaczerwieniona, obrzmiała, pokryta grubemi łuszczącemi się strupami, w których badanie drobnowidowe (prof. Feigel) wykazało prątki gruźlicze.

9/12. Wstrzyknięto 4 miligramy limfy. Ogólnych reakcyj nie ma, miejscowa silna.

12/12. Wstrzyknięto 4 miligramy, dreszcz silny, potem gorączka 40°, miejscowo bardzo silna reakcyja.

15/12. Po 5 miligramach gorączka 39·5.

18/12. Po 6 miligramach gorączka 39·4. Z powodu świąt wyszedł chory do domu, po powrocie 3/1 twarz znacznie bledsza, mniéj obrzmiała — miejscami zaczyna się zabliźnienie.

4/1. Wstrzyknięto 5 miligramów. Ciepłota najwyższa 37·8, miejscowa reakcyja znaczna.

7/1. Po 7 miligramach ciepłota doszła do 37·6.

9/1. Po 10 miligramach ciepłota 37·4.

12/1. Wstrzyknięto 15 miligramów. Ciepłota najwyższa 39·6, nudności, ból głowy, łamanie po kościach, miejscowa reakcyja bardzo silna.

14/1. Po 15 miligramach ciepłota 38·2.

16/1. Po 18 miligramach ciepłota 37·4. Bardzo obfite łuszczenie się na twarzy, po zdjęciu łusek pod niemi świeże guzki na policzkach i na uchu.

19/1. Wstrzyknięto 20 miligramów, ciepłota 37·4.

24/1. Wstrzyknięto 24 miligramów, ciepłota 37·6, miejscowa reakcyja nie bardzo znaczna.

26/1. Wstrzyknięto 30 miligramów, ciepłota 37·4. Na twarzy silne zaczerwienienie, świeże guzki się rozpadają.

1/2. Po 36 miligramach ciepłota najwyższa 38·7.

6/2. Liczne świeże guzki na twarzy i szyi, — Matka zabrała syna ze szpitala.

17) Ruchla T, lat 12, chora od lat 3. Operowana kilkakrotnie przez łyżeczkowanie i wypalanie termokauterem wilka na twarzy i podniebieniu twardem, po którem to leczeniu pozostał zabliźniony ubytek skrzydeł nosa, zbliznowacenie wargi górnéj. W bliźnie téj rozwijać się zaczęły w 2 miejscach nowe guzki, nadto w podniebieniu twardem, języczku i w nagłośni kilkanaście drobnych owrzodzeń i guzków wilkowych.

Stan ogólny dobry, płuca zupełnie zdrowe.

29/11 1890. Wstrzyknięto 5 miligramów. Najwyższa ciepłota w 6 godzin 40·2°, tętno 180, wymioty, znaczne osłabienie, wysypka na całem ciele, suchy kaszel. Blizna cała zaczerwieniona, guzki pokryte strupem, owrzodzenie na podniebieniu bardzo silnie zaczerwienione, częściowo szarą wypociną pokryte. Następnego dnia 38·6, trzeciego dnia 38·8, czwartego 38·4.

3/12. Wstrzyknięto 4 miligramy, gorączka 40·1°, na drugi dzień 38·4, miejscowo reakcyja silna.

6/12. Wstrzyknięto 3 miligramy 40·1, na drugi dzień 38·3, wysypka płonicowa, kaszel suchy.

9/12. Po 4 miligramach 39·6, na drugi dzień 38·1.

12/12. Po 4 miligramach 40·5, na drugi dzień 38·5. Wysypka jaskrawo plamista, bóle w kościach, kaszel suchy.

15/12. Po 4 miligramaah 39·5, na drugi dzień 38·1. Wychudnienie i osłabienie znaczne, blizna i guzki w niéj złuszczone, na podniebieniu owrzodzenia w znacznéj części pogojone.

19/12. Po 4 miligramach 39·5, Na wardze świeży jeden guzek. Z powodu świąt zaprzestano wstrzykiwań.

31/12. Stan odżywienia poprawił się znacznie, ciężar ciała wrócił do pierwotnego stanu. Na twarzy nie wystąpiły nowe zmiany, na podniebieniu i nagłośni prawie wszystkie owrzodzenia wygojone.

4/1. Wstrzyknięto 4 miligramy, najwyższa gorączka 38·8, miejscowo żadnéj reakcyi. W następnych dniach gorączka wieczorami do 38·1.

7/1. Wstrzyknięto 6 miligramów, najwyższa ciepłota 38·1°.

9/1. Po 8 miligramach ciepłota 38, zresztą żadnych przypadków, następne dni bez gorączki.

10/1. Na podniebieniu dwa nowe wrzodziki.

12/1. Po 10 miligramach 38·5, trochę nudności, zresztą stan dobry.

14/1. Po 10 miligramach 38·6. Na twarzy jeden świeży guzek w bliźnie i jeden na policzku nad bliz. ą.

16/1. Wstrzyknięto 13 miligramów, ciepłota 37·9. Świeże guzki się łuszczą.

19/1. Po 15 miligramach 38·2, zresztą stan dobry. — Świeże guzki prawie zniknęły, owrzodzenia na podniebieniu się zaciągają.

24/1. Wstrzyknięto 18 miligramów, ciepłota 38·6. Na wardze po stronie lewéj pięć nowych guzków, na granicy między podniebieniem twardem a miękkiem dwa nowe owrzodzenia.

26/3. Po 20 miligramach 38·4, ból głowy, osłabienie. Swieże guzki się łuszczą.

30/1. Po 24 miligramach ciepłota 37·9. Trzy nowe guzki na $^1/_2$ centim. po nad blizną na nosie.

2/2. Po 30 miligramach 38·8, dwa nowe guzki na policzku lewym.

3/2. Nowe guzki w bliźnie na wardze, która wygląda gorzéj niż przed rozpoczęciem leczenia, mimo że chora dostała 17 wstrzykiwań razem do 19 centigrm. limfy.

Zaprzestano dalszych injekcyj. (Dok. nast.)

III. Jeszcze o tak zwanych rzęskowo-siatkówkowych naczyniach.

Napisał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

W artykule moim o zespoleniach tylnych naczyń rzęskowych z naczyniami siatkówki i nerwu wzrokowego (Wiad. lekarskie r. 1889 Nr. 8 i *klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde Februar* 1889) przytoczyłem znane w literaturze przypadki naczyń rzęskowo-siatkówkowych. Odtąd nowy przypadek opisał Nickels (*klin. Monatsbl. f. Augenheilk. August* 1889): w lewem oku 21-letniego mężczyzny dolna skroniowa żyła siatkówki w obrębie tejże wcale nie istniała, pojawiała się tylko na samym brzegu tarczy nerwu wzrokowego, jako naczynie z głębi z poza siatkówki idące, które następnie łączyło się wraz z innemi żyłami siatkówki ze środkową żyłą siatkówki. Wiemy więc obecnie, że jako rzęskowo-siatkówkowe naczynia występować mogą zarówno żyły, jakoteż tętnice, dla tych nawet stwierdzono to anatomicznie (Birnbacher). Jednakże jako naczynie rzęskowo-siatkówkowe występowała zwykle tylko jedna gałęź i w jednem tylko oku, przypadek zaś, który tu opiszę, zasługuje na szczególną uwagę ze względu, iż wadę spostrzegłem w obu oczach, w jednem zaś widzieliśmy aż trzy naczynia rzęskowo-siatkówkowe.

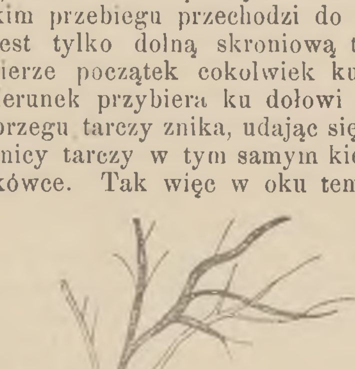
Dziewczyna zdrowa, 14-letnia. Powieki i spojówka w obu oczach zupełnie prawidłowe, przeciwnie powierzchnie obu rogówek są nieprawidłowe, chociaż zarówno one jakoteż soczewki i ciałka szklane zupełnie przeźroczyste. Wzrok w obu oczach $^{20}/_{100}$, tarcze nerwów wzrokowych występują jako poprzeczne owale; astygmatyzm nadmiarowy. Walec —$^1/_{20}$ z osią pionową podnosi wzrok w obu oczach prawie do $^{20}/_{30}$. Badanie wziernikowe wykazało nadto: w prawem oku

brzeg skroniowy tarczy nerwu wzrokowego otacza wązki stożek, mający powierzchnię cokolwiek zagłębioną. W środku



Prawe oko.

tarczy spostrzegamy gruby, lecz bardzo krótki pień górnéj żyły tarczowéj, składa się ona z dwóch głównych gałęzi: żyły górnéj nosowéj i górnéj skroniowéj. Żyła górna nosowa składa się z dwóch gałęzi, które rozgałęziają się mniéj lub więcéj tak, jak następuje zwykły podział samego pnia żyły tarczowéj na skroniową i nosową, z tą jednak różnicą, że ostatnia bardzo mało jest rozwiniętą. Druga gałęź składowa żyły górnéj tarczowéj, górna skroniowa żyła, początek bierze prawdopodobnie w naczyniówce, gdyż w obrębie siatkówki staje się widoczną jako dość grube naczynie, dopiero obok brzegu tarczy nerwu wzrokowego, w miejscu prawie odpowiadającem pionowéj średnicy, w samym stożku do tarczy przytykającym, którego całą prawie w tem miejscu szerokość zajmuje. Dolnéj żyły tarczowéj wcale nie spostrzegamy. Niżéj środka tarczy znajduje się ujście żyły, utworzonéj przez dwa naczynia, przypominające przebiegiem swoim dolne żyły skroniową i nosową, w gruncie rzeczy jednak ta *quasi* dolna tarczowa żyła stanowi li tylko dolną żyłę skroniową, gdyż ku wewnątrz obok niéj spostrzegamy grubą żyłę, która jednakże pochodzi z żył z układu tylnych naczyń rzęskowych początek biorących, gdyż ukazuje się tylko obok samego brzegu tarczy nerwu wzrokowego, jako naczynie z głębi idące i następnie znika cokolwiek niżéj środka tarczy. Górna tętnica tarczowa bierze początek wyżéj środka tarczy i jest dość długą, gdyż podział jéj na górną tętnicę nosową i skroniową następuje dopiero w odległości przeszło 2 średnic tarczy od początku. Dolnéj tętnicy tarczowéj wcale nie znajdujemy. Tętnica, która bierze początek od brzegu dolnego tarczy i po krótkim przebiegu przechodzi do skroniowéj połowy dna oka, jest tylko dolną skroniową tętnicą, Dolna nosowa tętnica bierze początek cokolwiek ku wewnątrz od środka tarczy, kierunek przybiera ku dołowi i ku zewnątrz, lecz na samym brzegu tarczy znika, udając się w głąb, w odległości zaś średnicy tarczy w tym samym kierunku ukazuje się znów w siatkówce. Tak więc w oku tem mamy jednocześnie trzy naczynia rzęskowo-siatkówkowe: dwie żyły i jednę tętnicę.



Lewe oko.

W lewem oku, prócz dolnéj skroniowéj żyły, wszystkie inne, nawet jedna z żył plamkowych (*v. macularis)* łączą się razem w środku tarczy; żyła dolna skroniowa znika obok samego brzegu tarczy, połączenie jéj zatem z żyłą środkową następuje dopiero znacznie głębiéj, w istocie nerwu wzrokowego. Rozgałęzienia górnéj skroniowéj żyły są zupełnie prawidłowe, przeciwnie górna nosowa żyła ukazuje się na powierzchni siatkówki dopiero obok samego brzegu tarczy, w istocie otaczającego ją stożka; składają się na nią zatem naczynia nie siatkówkowe, lecz do tylnego układu rzęskowego należące. W żyłach dolnéj połowy dna oka nieprawidłowość polega li tylko na tem, że pnia dolnéj żyły tarczowéj wcale nie znajdujemy, miejsce i kierunek jego zajmuje dolna żyła nosowa, natomiast dolna skroniowa żyła, jak wspomniałem już, obok brzegu tarczy wstępuje do istoty nerwu wzrokowego i więcéj nie jest już widzialna. Co się tyczy tętnic, górnéj tarczowéj tętnicy wcale nie znajdujemy, zaś górna tętnica skroniowa i nosowa ukazują się na powierzchni tarczy jako samoistne gałęzie, z których tętnica górna skroniowa ma prawidłowy kierunek i podział, natomiast górna nosowa tętnica, w odległości przeszło średnicy tarczy, znika z powierzchni dna oka, udając się w głąb do istoty naczyniówki. W dolnéj połowie dna początek cienkiéj dolnéj tarczowéj tętnicy spostrzegamy obok samego brzegu tarczy, lecz już w nosowéj jéj połowie. Tętnica dolna nosowa bardzo mało jest rozwiniętą, zaś tętnica dolna skroniowa zdąża w okolicę plamki żółtéj w kierunku łuku równolegle z brzegiem tarczy położonego, przecinając obie dolne żyły siatkówki. W tem oku mamy zatem dwa rzęskowo siatkówkowe naczynia: jednę tętnicę i jednę żyłę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Fodor: **Badania nad działaniem krwi niszczącem prątki.**

Autor już w dawniejszych swych pracach wykazał, że prątki wstrzyknięte do krwi żyjących zwierząt w krótkim czasie giną, a także i krew świeża nawet poza obrębem naczyń krwionośnych zwierzęcia jest w stanie zniszczyć prątki wąglika. Z doświadczeń tych wynika, że krew posiada własności niszczące prątki, a potwierdzili to także i inni autorowie. W pracy niniejszéj stara się autor zbadać, jakie stosunki naturalne krwi działają na prątki, a przedewszystkiem zbadać, o ile dyspozycyję zwierząt do zakażenia można zwiększyć albo zmniejszyć i czy można uzyskać pewną odporność *(immunitas)* przeciwko zakażeniu. Autor do swoich badań używał tylko prątków wąglika, a wyniki są następujące:

I. Wpływ różnych stosunków krwi na siłę niszczącą prątki. Krew tętnicza posiada znacznie większą siłę niszczącą prątki, aniżeli krew żylna. Krew świeża o wiele pewniéj to czyni, aniżeli odstała. Tak w atmosferze tlenu, jak i w atmosferze bezwodnika kw. węglowego siła ta maleje, podczas gdy uwolnienie krwi z gazów nie ma żadnego wpływu na tę siłę. Krew nasycona tlenkiem węgla nie niszczy już prątków. Przez jednorazowe zamrażanie krwi siła ta nie zmienia się, ale po kilkorazowem zamrażaniu ginie. Tak samo ustaje po ogrzaniu krwi od 50 do 60° C. Najsilniéj niszczy prątki krew o ciepłocie 38 do 40° C. To działanie krwi niszczące prątki jest nietylko różnem u różnych rodzajów zwierząt, lecz także u różnych osobników tego samego rodzaju. Z tego wynika, że krew poszczególnych zwierząt posiada różną skłonność do niszczenia prątków, co zupełnie odpowiada spostrzeżeniu, że zwierzęta podobnie jak ludzie okazują różną odporność wobec chorób zakaźnych. Indywidualne więc usposobienie wobec chorób zakaźnych stać musi w pewnym stosunku do własności krwi niszczenia prątków.

II. Sztuczna modyfikacyja działania krwi niszczącego prątki. Tutaj jako najważniejszy

wynik podaje autor spostrzeżenie, że alkalizacyja krwi za pomocą środków alkalicznych jest w stanie zwiększyć siłę niszczącą prątki. Podobnie działa i sól kuchenna, jakkolwiek nie w tym stopniu, podczas gdy kwas solny, kwas winowy i chinina działają raczéj przeciwnie.

III. Wywołanie odporności przeciw chorobom zakaźnym za pomocą alkalizacyi ustroju. Ze znacznego szeregu badań przez autora wykonanych wynika, że odporność zwierząt przeciw zakażeniu wąglikiem można w ustroju powiększyć za pomocą alkalizacyi krwi tak, że zakażone zwierzęta, jeśli nawet giną, to o wiele późniéj, a nawet wiele takich zwierząt po alkalizacyi ich ustroju pozostaje przy życiu. (*Centralbl. für Bakt. u. Paras.*, VII., 24, 1890). *Dr. Süsskind.*

Bakteryjologija.

Freire: **Mikroorganizm febry żółtéj.**

Domingo Freire ogłosił rozprawę, którą prof. Leyden na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie odczytał, a któréj treść jest następująca:

Żółtą febrę wywołuje *Cryptococcus xanthogenes*, którego bijologija jest znana. Mikroorganizm ten wydziela żółty barwik rozpuszczalny, który jest przyczyną żółtego zabarwienia skóry i barwik czarny nierozpuszczalny, zabarwiający wymociny. Ptomainy tych drobnoustrojów działają na nerwy błędne i współczulne. Doświadczeniem na zwierzętach można zarówno za pomocą ptomain, jakoteż za pomocą czystych hodowli obraz chorobowy żółtéj febry wywołać. Już po trzeciem przeszczepieniu hodowle mogą być użyte do szczepienia ochronnego. Po takiem szczepieniu ochronnem występują objawy, podobne jak w okresie początkowym żółtéj febry, jednakże po 48 godzinach ustępują. Wyniki szczepienia przeprowadzonego w czasie od roku 1883 do 1890 na 10.888 chorych są tak świetne, że rząd brazylijski wybudował własnym kosztem zakład do celów szczepienia służący. (*Wien. med. Blätter*, 1891, Nr. 12). *Dr. Beck.*

Terapija.

T. Stępniewski: **Tani termostat ogrzewany naftą lub benzyną z regulatorem wodnym eterowym lub powietrznym.**

Termostat ten prostą konstrukcyją i przystępną ceną ma ułatwić badania bakteryjologiczne ogółowi lekarzy. Idąc za przykładem Sahlego i Ogniannikowa, zastosował autor do ogrzewania zamiast gazu płomień lampy naftowéj lub benzynowéj. Do regulowania ciepłoty służy śrubka poruszana za pomocą przyrządu automatycznego, którego główną siłą działająca jest słupek rtęci podnoszący się lub opadający w miarę [redacted]

W przypadkach kiły łagodnéj u ludzi z dobrym przewodem pokarmowym, podawanie rtęci *per os* będzie najwygodniejszą, a przytem i skuteczną metodą leczniczą, użyć więc jéj powinniśmy zawsze tam, gdzie się nam nie spieszy. Wcierania jakoteż wstrzykiwania podskórne działają szybcéj i energiczniéj, mają też i tę wyższość przed wewnętrznem podawaniem, iż rtęć w ten sposób stosowana nie dostaje się do krążenia bramnego a zatem omija wątrobę. Niektórzy syfilidolo-gowie stosują także leczenie plastrowe. Na pewną część ciała przykładają plaster rtęciowy, który kilka dni, a nawet i tygodni na miejscu pozostawiają. Plaster nietylko działa miejscowo, ale i ogólnie, pewna bowiem ilość rtęci dostaje się do ogólnego obiegu. Metoda ta nadaje się w leczeniu dzieci, ilość bowiem wchłoniętego metalu jest dość małą. Kąpiele sublimatowe wobec skóry całéj i zdrowéj są bezcelowe, bo tylko w razie owrzodzeń jéj o resorbcyi rtęci mowa być może. Energiczniéj aniżeli wcierki działają według Langa podskórne, a raczéj miąższowe wstrzykiwania przetworów rtęciowych nierozpuszczalnych. Najuporczywsza kiła przy tym sposobie leczenia ustępuje z błyskawiczą szybkością. Kalomel, *Hg. praecipt. flavum* i *rubrum* są najskuteczniejsze, lecz wywołują silną miejscową reakcyję i ból. *Hg. oxydl. nigrum*, *salicylicum* i *thymolaceticum* reakcyi nie wywołują, lecz jako przetwory łatwo się rozkładające do każdéj injekcyi świeżo robione być winny. Wyjątkowe miejsce zajmuje *Ol. cinereum*, reakcyi bowiem nie wywołuje i jest przetworem trwałym. Zastanawiając się nad tem, któréj z tych metod w danym razie użyć, odpowiedzieć winniśmy wpierw na pytanie, po któréj z nich najrzadziéj występuje recydywa. Lang opierając się na długoletniem doświadczeniu, hołduje zdaniu, że im kuracyja rtęciowa była łżejszą, tem recydywy rzadsze i słabsze. Po przeładowaniu organizmu rtęcią możliwe recydywy przeważnie są ziośliwéj natury. Dlatego też w kile świeżéj plamistéj i przy zmianach na błonie śluzowéj leczy wewnętrznie. Przy umiejscowieniu się kiły w układzie nerwowym, w oku lub w innych szlachetnych organach leczy wcierkami i wstrzykiwaniami szaréj oliwy. Przeciw kile galopującéj, rozpadowéj wstrzykuje kalomel. W przypadkach pojedynczo występujących produktów kiły leczenie miejscowe wystarczyć powinno. Autor przekonał się, że jednorazowe wstrzyknięcie w takie miejsce 0·03 cm. 50% oliwy szaréj wystarcza do wyleczenia miejscowéj zmiany. (Z rozprawy téj, ogłoszonéj na X. zjeździe lekarzy w Berlinie, przekonywamy się, iż Lang należy do umiarkowanych merkuryjalistów. Nie licuje jednak z tą wstrzemięźliwością polecanie i zachwalanie tak silnie działającego przetworu, jakim jest *Ol. cinereum*. Według Kaposiego mięszanina ta wywołuje ostrą hydrargyrozę, a w jednym przypadku przez Kaposiego ogłoszonym, nawet śmierć sprowadziła. Wskutek ogłoszenia tego przypadku wywiązała się między tymi dwoma syfilidologami dość cierpka polemika. Patrz: *Prof. Kaposis Mittheilungen über einen lethal verlaufenen Fall nach Ol. cinereum Injectionen von Prof. Lang. Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 43. Przyp. Sprawozdawcy). (Odbitka z *Centrblatt. f. d. g. Th.* 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Oestreicher (Berlin): **Zakażenie wrzodem twardym podczas golenia.**

Na posiedzeniu tow. dermatolg. berlińskiego d. 5 listopada 1889 roku przedstawił Oestreicher 30-letniego chorego z wysypką guzkowo-plamistą rozprzestrzenioną po całem ciele, połączoną ze znacznem powiększeniem gruczołów limfatycznych, kłykcinami sączącemi na podniebieniu miękkiem i wypadnięciem włosów. Chory zaprzeczał, jakoby kiedy kiłę przechodził, a dokładne badanie części rodnych dało wynik ujemny. Po dokładnem zbadaniu twarzy znaleziono w okolicy brody małą bliznę, która miała wielkie podobieństwo do zgojonego wrzodu twardego i po téj stronie gruczoły podszczękowe najsilniéj powiększone. Wówczas dopiero przypomniał sobie chory, że przed kilku miesiącami został w tem miejscu przez golarza brzytwą zacięty. Ten, jakoteż podobny przypadek ogłoszony przez Feibesa w Nrze 23 *Berl. klin. Wschft.* jest żywem upomnieniem dla władz policyjno-sanitarnych, ażeby ścisłą kontrolę rozpostarły nad golarniami. (*Berl. kl. Wschft.*, Nr. 3, 1890). *Dr. Kurasiewicz.*

Bulkley (New.-York): **Kilka uwag klinicznych o świerzbiączce** (*Pruritus*).

Pruritus można określić jako zboczenie czynnościowe składników nerwowych skóry, następstwem którego jest swędzenie niezawisłe od miejscowego podrażnienia lub zranienia. Na 5000 przypadków chorób skórnych widział B. 80 przypadków *Pruritus*, czyli 1·75%. Między temi było 30 ko-

biet a 50 mężczyzn. W większéj liczbie przypadków istniała przewlekła choroba, jak dna, białkomocz. przewlekły nieżyt oskrzeli albo wyraźne oznaki zmniejszonéj żywotności tkanek. W niektórych przypadkach osiągnięto przemijające polepszenie, w innych leczenie było bez skutku. B. sądzi, że w niektórych przypadkach choroba jest następstwem działania odruchowego. *(Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, rocz. XX.).

Dr. Baschkopf.

Medycyna wewnętrzna.

Ebstein i Sprague: **Zastosowanie lecznicze piperazyny** *(piperazinum).*

Z badań dotychczasowych środek ten znany jest nietylko jako posiadający własność rozpuszczania w zwykłéj ciepłocie wielkich ilości kwasu moczowego (1:2), lecz także tworzący nawet przy nadmiarze kw. moczowego obojętny, łatwo rozpuszczalny moczan. Jedna część takiego moczanu piperazynowego rozpuszcza się przy 17° C. w 50 cz. wody. Jeżeli się zważy, że rozpuszczalność moczanu litowego przy 19° C. jest 1:368, że więc moczan piperazynowy jest przynajmniéj 7 razy łatwiéj rozpuszczalny niż moczan litowy, daléj że piperazyna nie działa ani żrąco ani trująco, to *a priori* musimy dać pierwszeństwo środkowi temu wszędzie, gdzie zachodzi potrzeba stosowania środków rozpuszczających kwas moczowy.

Autorowie badali tylko wpływ piperazyny na przemianę materyi u człowieka niedotkniętego dyjatezą moczową, podając mu ją w dawce dziennéj 1—3 gr. Jakkolwiek badania te nie potwierdziły autoobserwacyi pewnego francuskiego lekarza, który spostrzegał u siebie zmniejszenie ilości kwasu moczowego o $1/_3$ w moczu a natomiast wzmożenie ilości mocznika, to jednak wykazały, że osoba badana znosiła piperazynę bez szkody dla ustroju. Środek ten zatem, tak łatwo rozpuszczający kwas moczowy, zasługuje ze wszechmiar na to, aby podjęto ściśle badania pod względem jego działania w dyjatezie moczowéj. *(Berl. klin. Wochen.*, 1891, Nr. 14).

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 23 marca 1891 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 9.

1) Uchwalono zawezwać jednego z fabrykantów, ażeby jaknajrychléj obniżył cenę swych wyrobów poleconych przez Tow. lek. krak., gdyż cena nie odpowiada obecnéj wartości podobnych przetworów.

2) Postanowiono zachęcić jednego z aptekarzy krakowskich do fabrykacyi propeptonów na wzór zagranicznych przetworów pod nazwą: „Albumosen-Peptone".

3) Uchwalono zawezwać jedną z firm poleconych przez Tow. lek. krak. co do wyrobu przetworów leczniczych, aby przedłożyła pozwolenie władz na prowadzenie fabrykacyi.

4) W sprawie zbierania ziół lekarskich krajowych uchwalono odnieść się do krajowéj Komisyi dla popierania przemysłu domowego i rękodzielniczego o popieranie firm trudniących się zbiorem i sprzedażą na większą skalę krajowych wegetabiliów (PP. Domain w Ropczycach, Pawlikowski w Mielcu, Szybalski w Morawicy, Zieniewicz w Brzostoku, Zymirski w Lubaczowie), upraszać Zarząd kółek rolniczych o wydanie odezwy pouczającéj włościan o wartości i pożytku zbierania ziół lekarskich i zwrócić uwagę Tow. oświaty ludowéj na potrzebę wydania dla ludu broszurki o ziołach lekarskich krajowych i o sposobie ich zbierania.

5) Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie z r. 1890, nadesłane przez zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu. Ze sprawozdania tego wynika, że w sezonie ubiegłym ilość pokoi w 2 hotelach i 25 willach zakładowych wynosiła 408; gości kąpielowych było 1708; wydano kąpieli 26021; sprzedano wody 44666 flaszek, soli 1711 kg., ługu 358 litrów i mułu 978 litr. Najważniejszem zdarzeniem jest odkrycie przy wierceniu sposobem kanadyjskim w szybie górniczym „Skrzetuski" nadzwyczaj obfitego zdroju szczawy słono-alkaliczny jodo-bromowéj, który nazwano „zdrojem Emmy". Rozbiór chemiczny zdroju tego dokonany został przez Prof. Karola Trochanowskiego. Wynik rozbioru tego oddano do ocenienia podkomisyi balneologicznéj.

6) Po ponownem i dokładnem zbadaniu kapsułek leczniczych wyrobu aptekarza p. Maryana Zahradnika w Jezierny, które polecone zostały przez Tow. lek. krak. uchwałami z d. 4 grudnia 1888 i dnia 12 lipca 1890 r., komisyja przemysłowo-lekarska przyszła do przekonania, że wyroby te pod każdym względem wzorowe czynią zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu. Zasługują one na wszechstronne poparcie. To też uchwalono przedstawić je jeszcze raz na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. krak. P. Zahradnik wyrabia obecnie 83 gatunków kapsułek tak elastycznych jakoteż twardych, które w rozmaitych dawkach zawierają w sobie: balsam kopaiwowy, wyciąg kubebów, wyciąg paprotki, wyciąg granatu, tran, oléj rącznikowy, olejek santałowy, paraldehyd, maść szarą, eter, ichtyol, balsam peruwiański, bromek kamfory, kreolinę, nitroglicerynę, gwajakol, kreozot, morrhuol, olejek terpentynowy i terpinol.

Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25. kwietnia. Uroczystość jubileuszowa Towarzystwa Pomocy naukowéj w Poznaniu rozpoczęła się d. 20 b. m. od nabożeństwa odbytego w kościele sw. Wojciecha za duszę wielce zasłużonego założyciela Towarzystwa Dra Karola Marcinkowskiego. W środku kościoła ułożony był katafalk, przed którym zasiedli członkowie dyrekcyi Towarzystwa i komitetu jubileuszowego. Dalszych wiadomości dotychczas nie mamy, i nie doszła nas też książka pamiątkowa, wydana przez Dra Zielewicza. Komitet Tow. lek. krakowskiego jakoteż redakcyja „Przeglądu Lek." przesłały na ręce Dra Wicherkiewicza drogą telegraficzną wyrazy hołdu dla Założyciela i życzenia dalszego poważania dla Towarzystwa Pomocy naukowéj.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. odbytem w dniu 22 b. m. przyjęto na czynnych członków Drów: Gawlikowskiego Stanisława, Palecznego Bronisława i Wachholza Leona, poczem prof. Browicz przedstawił preparaty torbiela trzustkowego serca z szczeliną powstałą przy porodzie, przez którą krew do osierdzia się wlała i jelita grubego wraz z okrężnicą ze zmianami gruźliczemi, bez zmian równoczesnych w innych narządach. W dyskusyi zabierali głos proff. Gluzińskí i Mars. Dr. Sokołowski przedstawił chorą z pierwotną zmianą kiłową na powiece górnéj, wreszcie pokazał Dr. Wojtaszek nowy przetwór przeciwgnilny (*sulfaminol*), przy- [redacted]

* W kierownictwie służby lekarskiéj wojskowéj zaszła w Austryi zmiana. Poważany powszechnie naczelnik jeneralny lekarz sztabowy Dr. Wacław Hoor, licząc zaledwie lat 66, przeszedł w stan spoczynku, otrzymawszy w uznaniu swoich zasług order Leopolda, a miejsce jego zajął jeneralny lekarz sztabowy i b. profesor szkoły józefińskiéj Dr. Józef Podrazky, naczelnikiem zaś 14-go oddziału w Ministerstwie wojny został starszy lekarz sztabowy Dr. Karol Kraus.

* Zakład szczepienia p. Haya we Wiedniu rozwija się pięknie. Z wykazu czynności za r. 1890 wynika: limfa tego zakładu przyjmuje się prawie zawsze, a rozesłano jéj w tym roku 83,200 porcyj. Uzyskano limfy z 91 cieląt; po raz pierwszy zaczęto używać w tym celu i kóz, które są wolne od gruźlicy, i zdaje się, że próba uwieńczoną została pożądanym skutkiem.

* W Londynie odbędzie się w d. 10—17 sierpnia r. b. 7-my międzynarodowy Zjazd dla hygijeny i demografii pod przewodnictwem X. Walii. Obecnie rozesłano już program sekcyi I-éj (dla medycyny zapobiegawczéj). Przedmiotami najważniejszemi, nad którą sekcyja ta obradować będzie, są: O zapobieganiu chorobom epidemicznym, dyfteryja, następstwa alkoholizmu. Z referatami zgłaszać się trzeba do 15 czerwca pod adresem: Dra Isambard Owen, 40 Cuyon Str. London 10., ze wszystkiemi innemi sprawami do Sekretaryjatu jeneralnego, 20 Hanover Sq. London W.

* W Krakowie w tygodniu 14-tym (5—11 kwietnia) było małżeństw 16, urodzin 66, skonów 50 (34·89), z tych z gruźlicy 13, z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru brzusznego 2.

* Prymaryjusz Dr. Bogdanik w Biały zapowiedział na Zjazd krakowski rzecz „o zakładaniu opasek ustalających przy złamaniach kości“, którą mieć będzie w sekcyi chirurgicznej.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Docent prywatny Dr. Gustaw Kabrhel mianowany został nadzw. profesorem hygijeny w Wydziale czeskim. — **Berno** szwajcarskie. Prof. nadzw. Dr. Tschirsch mianowany zwyczajnym profesorem farmakognozii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Elsner i Bolesław Komorowski z Krakowa, Leon Piotrowski z Krywki, Abraham Millet z Dąbrowy i Herman Vorzimmer z Krynicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** Dr. Józafat Komar, liczący lat 40, lekarz miejski i sądowy, umarł w Pilznie.

Komisyja przemysł. lek. Tow. lek. krak. podaje do wiadomości Kolegów, że w bieżącym sezonie kąpielowym praktykować będą w Zdrojowiskach i Uzdrowiskach polskich następujący lekarze:

22. *Żegiestów.* Dr. Zgórski (lek. zakł.).
23. *Wysowa.* Dr. Natter.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Med.* Nr. 16: Pacanowskiego: Czy i o ile najnowsze zdobycze dyjagn. chorób żołądka wpłynęły na postęp leczenia tychże chorób?

Redakcyja otrzymała:

Prof. OBALIŃSKI: Zur modernen Nierenchirurgie (*Sammlung klinischer Vorträge* v. Volkmann Nr. 16). — Al. HOFFMANN: Die traumatische Neurose u. das Unfallversicherungs-Gesetz, *ibidem* Nr. 17 Er. BOERNER: Zur Aetiologie u. Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen, *ibidem* Nr. 18. — Proff. KORCZYŃSKI i JAWORSKI: Ueber einige bisher wenig berücksichtigte klinische u. anatomische Erscheinungen im Verlauf des runden Magengeschwürs und des s. g. sauren Magencatarrhs. Sep. abd. a. d. *Deutchen Arch. f. klinische Medizin.* — Dr. Wład. BIEGAŃSKI: Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewnetrznych (wydawnictwo *Gazety Lekarskiej*) Warszawa, 1891. — Dr. HEWELKE: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc (odbit. z *Kron. Lek.*). Warszawa 1891. — Odczytów klinicznych wyd. przez Red. *Gaz. Lek.* seryi III. zeszyt 2, Nr. 26. — J. GROSSET: O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności. Warszawa, 1891. — MINTZA: Einige Bemerkungen über die Methoden zur quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalt. S. A aus der *Wien. kl. Woch.* 1891. — Wydawnictwo *Gaz. Lek.*: Odczyty Kliniczne, zeszyt 2, seryja III. — Dr. E. SULIMCZYK, ŚWIEŻAWSKI i K. WENDA: Wojciech Oczko, syfilidolog polski XIII. w. (odbitka z *Pam. Tow lek. Warsz.*) 1891. — Dr. HEWELKE: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc (odb. *Kron. Lek.*), Warszawa, 1891. — Odczyty kliniczne wydaw. *Gaz. Lek.*, seryja VII., L. RYDYGIER: O leczeniu ran, Warszawa, 1891. Cena 30 r. p. — CIĄGLIŃSKI: Przyczynek do techniki mikroskopowéj rdzenia i nerwów periferycznych (odb. z *Gaz. Lek.* V. XII. 1891 r. — E. MAJEWSKI: Słownik nazwisk zoolog. i botan. polskich. Tom II, zeszyt 6 i 7 od Aaron do Anacyclus oficin., Warszawa, 1891, in 4-to. — Dr. FILIPKIEWICZ: Cieplice trenczyńskie, Kraków, 1891, in 8-vo, str. 78. — Zakład dyjetetyczny Dra SKÓRCZEWSKIEGO w Krynicy, Kraków, 1891, in 8-vo str. 43. — JOHN u. FOULLON: Chem. Untersuchung d. 4 Trinkquellen von Luhatschowitz in Mähren (odbitka z *Jahrb. d. k. k. geolog. Reichsanstalt* 1890) Wien, in 8-vo maj, str. 29. — Sanatorium u. Wasserheilanstalt des Dr. Ludwig SCHWEINBURG in ZUCKMANTEL, Wien, in 8-vo str. 32. — Zakład wodoleczniczy i żętyczny w Jaworzu, Cieszyn 1891, in 12-vo str. 6. — Ośmnaste sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z roku 1890, Kraków, 1890, in 8-vo str. 34. — J. ZAWADZKI: Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890), in 8-vo, str. 8. — Tenże: Urorozaina i jéj pochodzenie (odbitka z *Gaz. Lek.* 1891), in 8-vo, str. 4. — MOOREN: Die Sehstörungen und Entschädigungsansprüche der Arbeiter, Düsse dorf, 1891, in 8-vo, str. 78. — Dr. M. JAKOWSKI (w Warszawie): Ein ungewöhnl. Fall v. chron. Rotz b. Menschen (odbitka z *Zeitschr. f. klin. Med.* T. XVIII.) in 8-vo str. 17. — W. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII-go wydania farmakologii anstryjackiéj, zeszyt III. Lwów 1891, in 8-vo str. 63. — Dr. Leon KOPFF: Zakład zdrojowo-kąpielowy w Krynicy, Kraków, 1891, in 8-vo, str. 72 z rycinami. — Dr. ZGÓRSKI: Zakład zdrojowo-kąpielowy i stacyja klimatyczna Żegiestów, Tarnopol, 1891, in 8-vo, str. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



C. K. NAJWYŻSZE UZNANIE.

ZŁOTY MEDAL: PARYŻ, AMSTERDAM, BARCELONA

ZDROJOWISKO GLEICHENBERG w Styryi.

Od połud.: m. Pukla kolei poł. 2 g. odl.

Od półn.: m. Feldbach k. p 1 g. odl.

Środki lecznicze: **Picie wód.** Szczawy alkaliczno-solne, źródło Konstantyna i Emmy, czysta szczawa **żelazista; źródła stalowe;** napoje: Johannisbrunnen w flaszkach i naturalnych syfonach. Żętyca, mleko krowie i kozie, kefir. **Inhalacyje igliwiowe,** rozpylania **solankowe w gabinecikach odosobnionych. Komora pneumatyczna.** Kąpiele z wody słodkiéj, mineralnéj, igliwiowe, żelaziste i musujące z CO_2. **Zakład wodoleczniczy.** Kuracyja terenowa i winogronowa. Wskazania leczn.: nieżyty narządu oddechowego i pokarmowego, przewl. cierpienia płuc, wypociny opłuc., rozedma, astma, cierpienia nerek i pęcherza, choroby kobiece, błednica, niedokrewność, konst. choroby dzieci. Pora zdrojowa **od 1 maja do końca września.** 12 lekarzy. Komfort: muzyka zdrojowa, salon, koncerty, reuniony. — Bliż. wiadom. i prospekty rozsyła bezpłatnie **Kurdirection Gleichenberg.** 41—4—2

Dyplom honorowy: Grac, Tryjest.

FRANCENSBAD

(w Czechach)

Sezon od 1. Maja do 1 Października.

Stacyja Buštěhradzkiéj, król. saskiéj i król. bawarskiéj kolei żelaznéj. Bezpośrednie połączenie ze wszystkiemi głównemi miastami europejskiemi (pociągi kuryjerskie, wagony sypialne).

Alkaliczno-glauberskie szczawy żelaziste od najsłabszych do najsilniejszych; **źródła stalowe** w składniki obfite nie wywołujące zaburzeń żołądkowych; **kąpiele mineralne** i **stalowe** w bezwodnik węglowy obfitujące, według metody Pfriema i Schwarza. **Kąpiele gazowe** z bezwodnika węglowego; **kąpiele błotne** ze znanego od dawna, słynnego solno-żelazistego błota francensbadzkiego, które pod względem działania leczniczego przewyższa wszystkie inne błota (Frerichs-Seegen i t. d.). Posiada czyste wzmacniające powietrze górskie, leży 450 metrów po nad poziomem morza Niemieckiego, posiada rozległe parki i cieniste aleje, odpowiednie urządzenia do picia wody źródlanéj, cztery duże zakłady kąpielowe, urządzone z komfortem według najnowszych balneo-technicznych zasad, zakład wodoleczniczy, kąpiele rzymsko-irlandzkie i parowe rosyjskie.

Wskazania: Niedokrewność, bladaczka, białaczka, zołzy, gnilec, charłactwo zimnicze i metaliczne, opóźniona rekonwalescencyja, nieżyty chroniczne narządu oddechowego, pokarmowego i moczopłciowego; zboczenia w układzie żyły wrotnéj i w narządach gruczołowych brzusznych, osłabienie siły trawienia, nawykowe zaparcie stolca, przewlekłe choroby nerwowe, przewlekłe wypociny w workach surowiczych, w miąższu narządów, jak również po urazowych zranieniach, przewlekły gościec stawowy, dna, dyjateza moczowa, choroby narządów moczo-płciowych, szczególnie choroby kobiece, przewlekłe choroby skórne u osób zołzowatych, nerwowych i charłaczych.

Wreszcie nadaje się Francensbad do leczenia następowego po osłabiającéj kuracyi w Karlsbadzie, Maryjenbadzie, Kissingen, Kreuznach.

Prospekty bezpłatnie. 28—5—3

Wszelkich bliższych objaśnień udziela najchętniéj:

Zarząd kąpielowy „Bürgermeisteramt als Curverwaltung.“

SOLANKA LUHACZOWICE

na Morawie 38—3—3

Alkaliczno solne, jod, brom, lit i żelazo zawierające zdroje lecznicze, kąpiele i wziewania. — Mleko owcze, mleko prosto od krowy i zakład leczenia żętycą. — 1 godzina od stacyi kolejowéj Aujezd-Luhaczowice. Połączenie z każdym pociągiem.

Początek pory zdrojowéj 15 maja 1891.

Wygodne mieszkania, stała muzyka zdrojowa, Towarzystwo zabaw, 4 praktykujących lekarzy, apteka publiczna. Prospekty bezpłatnie. — Zamówienia na mieszkania przyjmuje „Inspekcyja zdrojowa hr. Serenyiego. Zamówienia na wody mineralne „Dyrekcyja rozsełki wód w Luchaczowicach“. Stacyja poczt i telegrafów.

Dr. KAZIMIERZ KADEN

ordynuje jak w roku zeszłym

w Iwoniczu 50—8—1

od 1 Czerwca.

PRZECIW MOLOM!

FENILIN

jest niezawodnym środkiem do wytępienia moli wraz z zarodkiem. Flakon 60 ct.

Papier ochraniający

futra, suknie, książki itp. przedmioty od moli. Sztuka 3 ct.

Ziółka antimolowe

są nieocenionym nabytkiem do przechowania większych ilości sukien. Kilo 3 złr. Pudełko 30 ct.

Wreszcie **Piżmo, Kamfora, Paczula, Olej terpentynowy, Naftalina,** są do nabycia w dowolnéj ilości

w fabryce chemiczno-kosmetycznéj

ulica Kopernika l. 3

J. JHNATOWICZA.

Składy własne fabryczne we Lwowie ulica Halicka l. 25, w Krakowie Sukiennice 20, w Czerniowcach Rynek l. 2.

32—26—3

HAY'A

pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo

Zakład szczepienia krowianki

w Wiedniu, Alserstr. 18.

(Założony w roku 1873.)

Rozsyła przez cały rok czystą zwierzęcą limfę w fiolkach, flakonikach (Pasta-Lymphe) i w igiełkach kościanych.

☞ **Za przyjmowanie limfy ręczy się, tak, że w razie nieprzyjęcia tejże udziela się bezpłatnie innej.** ☜ 46—12—1

☞ Wskutek licznych zamówień ze strony p. t. urzędów i lekarzy prakt. osiągnięto tak wielki obrót, że zakład jest w możności **cenę znacznie obniżyć.** Jedna fiola dla 2—3 szczepień kosztuje 1 złr. Na żądanie mogą być mniejsze po 50 cnt. — Flakonik limfy gęstej (Pasta-Lymphe) 1 gr. wystarczający dla 100 szczepień, **10** złr.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.